

MARIA EDUARDA DE CASTRO BAPTISTA VALLIM

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES
SUBMETIDOS À REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR,
PULMONAR E METABÓLICA NO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS EM 2006**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

MARIA EDUARDA DE CASTRO BAPTISTA VALLIM

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES
SUBMETIDOS À REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR,
PULMONAR E METABÓLICA NO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS EM 2006**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício Pereima
Professor Orientador: Prof. Dr. José Carlos Prado Jr**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

"Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Não importam quais sejam os obstáculos e as dificuldades. Se estamos possuídos de uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los."

DALAI LAMA

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos pacientes por permitirem a realização da pesquisa, fornecendo informações confidenciais e pessoais.

Ao meu orientador Dr. José Carlos Prado Junior, pelo tempo dedicado, pela disposição e companheirismo, sem o qual não teria realizado este trabalho.

Às equipes envolvidas no projeto “Floripa em Forma”. Principalmente aos fisioterapeutas Emanoela, Aline, Marcelo, André, Ana Paula e Aline Cristina.

Aos amigos que participaram direta ou indiretamente do trabalho. Especialmente à Nicole M. Pilau, que transformou tarefas árduas em momentos tranquilos e alegres.

Ao meu namorado, Marcos Lopes, que se fez presente me dando incentivo, ajuda e amor, apesar do pouco tempo disponível que tivemos juntos.

À minha família, que iluminou meu caminho, guiou meus passos e em momento algum deixou de segurar em minhas mãos durante essa longa caminhada.

RESUMO

Introdução: O aumento na expectativa de vida contribuiu para maior incidência de doenças crônico-degenerativas. Políticas de saúde que visam prevenção de doença e promoção à saúde se fazem necessárias nesse contexto. Esforços devem ser conjugados no sentido de obter-se uma melhora na qualidade de vida (QV) de pacientes com doenças crônicas.

Objetivos: Avaliar a QV em pacientes participantes de reabilitação cardiovascular, pulmonar e metabólica (RCPM), desenvolvido em Florianópolis em 2006 e descrever o perfil desses.

Metodologia: Trata-se de um estudo quase experimental, sendo os indivíduos avaliados antes e após três meses de um programa de treinamento. As informações foram obtidas através de questionários. A avaliação da QV foi realizada por meio do Nottingham Health Profile, considerando-se bem estar físico, social e emocional.

Resultados: 27 pacientes fizeram parte do estudo. Destes, 67,7% eram do sexo feminino, 96,3% da etnia branca. A média de idade foi de 60 anos com desvio padrão de 14,37 anos. O nível educacional médio foi de 6,2 anos de estudo e renda média familiar de R\$ 1.190,00. Dentre os pacientes, 63,0% apresentavam hipertensão arterial, 48,1% diabetes mellitus, 25,9% cardiopatia isquêmica, 25,9% dislipidemia, 7,4% pneumopatia e 3,7% insuficiência cardíaca. Para calcular a significância da média dos escores de QV inicial e após 3 meses, foi aplicado um teste de médias pareadas t-Students que resultou em 1,847 [IC95%-0,331 a 6,100], $p=0,07$.

Conclusão: Este estudo mostrou que o programa de RCPM teve impacto positivo na melhora de QV de pacientes com doenças crônico-degenerativas, marginalmente significativa.

ABSTRACT

Background: Increasing life expectancy has contributed to a larger incidence of chronic-degenerative diseases. Health politics to prevent these diseases and to promote health are then necessary. Efforts must be made in order to get a better quality of life (QOL) of patients with chronic diseases.

Objectives: To evaluate QOL in patients on cardiopulmonary and metabolic rehabilitation in Florianópolis and to describe its profile.

Methods: It is an almost experimental study, in which participants were evaluated before and after three months of training program. Information was obtained with questionnaires. QOL evaluation was made using Nottingham Health Profile, considering physical, social and emotional wellness.

Results: 27 patients were included in this study. From these, 67.7% were women and 96.3% were white. Medium age was 60 years with a standard deviation of 41.37 years. Medium educational status was 6.2 years and medium family monthly income was R\$ 1,190.00. Among the patients, 63.0% had hypertension, 48.1% had diabetes, 25.9% had ischemic cardiopathy, 25.9% had dislipidemia, 7.4% had pneumopathy and 3.7% had heart failure. To calculate the significance of initial and after three months QOL scores, it was applied t-Students test, whose result was 1.847 [CI95%-0.331 to 6.100], $p=0.07$.

Conclusion: This study has shown a positive impact on QOL of patients with chronic-degenerative diseases on a rehabilitation program, marginally significant.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos pacientes submetidos à RCPM segundo variáveis sócio-demográficas em centros de atenção primária. Florianópolis, SC, 2006.	12
Tabela 2. Distribuição de fatores sócio-demográficos população acima de 35 anos, segundo Censo 2000. Florianópolis, Brasil e população estudada, 2006.	13
Tabela 3. Distribuição dos pacientes submetidos à RCPM segundo variáveis clínicas em centros de atenção primária. Florianópolis, SC, 2006.	14
Tabela 4. Comparação entre as médias pareadas de qualidade de vida pré-teste e pós-teste em pacientes submetidos à RCPM. Florianópolis, 2006.	15
Tabela 5. Prevalência de alteração na qualidade de vida de pacientes submetidos à RCPM em centros de atenção primária. Florianópolis, SC, 2006.	15
Tabela 6. Associação entre melhora na qualidade de vida com fatores socio-demográficos de pacientes submetidos à RCPM em centros de atenção primária. Florianópolis, SC, 2006.	17
Tabela 7. Associação entre melhora na qualidade de vida com variáveis clínicas de pacientes submetidos à RCPM em centros de atenção primária. Florianópolis, SC, 2006.	18

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVE	Acidente vascular encefálico
CI	Cardiopatia isquêmica
CEFID	Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos
DM	Diabetes mellitus
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
HA	Hipertensão arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência cardíaca
MS	Ministério da Saúde
NHP	Nottingham Health Profile
OMS	Organização Mundial de Saúde
QOL	Quality of life
QV	Qualidade de vida
RCPM	Reabilitação cardiovascular, pulmonar e metabólica
SM	Síndrome metabólica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UDESC	Universidade Estadual de Santa Catarina
ULS	Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE TABELAS	vii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	viii
SUMÁRIO	ix
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	6
2.1 Objetivo geral.....	6
2.2 Objetivos específicos.....	6
3 MÉTODOS.....	7
3.1 Tipo de Estudo	7
3.2 Local.....	7
3.3 Amostra	8
3.4 Critérios de Inclusão	8
3.5 Critérios de Exclusão	8
3.6 Procedimentos.....	8
3.7 Análise dos Dados	9
3.8 Aspectos Éticos.....	10
4 RESULTADOS	11
5 DISCUSSÃO	19
6 CONCLUSÕES.....	24
REFERÊNCIAS	25
NORMAS ADOTADAS.....	29
ANEXOS	30

1 INTRODUÇÃO

As transformações na estrutura populacional, decorrentes da queda de mortalidade e fecundidade e do aumento da expectativa de vida contribuem para que doenças crônico-degenerativas sejam mais incidentes na população em geral.^{1,2} As doenças que acometiam predominantemente a população infantil, como as infecciosas e parasitárias, estão perdendo importância em relação a outras mais prevalentes na população adulta e idosa.¹

Componentes das doenças crônico-degenerativas são desencadeantes das mais representativas causas de morte no Brasil em todas as macrorregiões.³

As doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no Brasil há várias décadas. Em 2000, corresponderam a mais de 27% do total de óbitos, totalizando 255.585 pessoas.⁴ A hipertensão arterial (HA) é um dos principais agravos à saúde no Brasil. Há estimativas de que em 2025, 7% de toda a população brasileira será composta de idosos hipertensos, o que significa 16 milhões de pessoas com mais de 60 anos.⁵ O risco de problemas cardiovasculares associado à HA demonstra associação com doenças isquêmicas cardíacas e cerebrovasculares, havendo uma clara associação desses riscos com o acréscimo da idade.⁶ A HA é um dos principais fatores de morbidade e mortalidade nas doenças cardiovasculares⁷, sendo responsável por 40% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE) e por 25% das mortes por doença arterial coronariana.⁸

Outra patologia que merece destaque dentro do contexto das doenças crônico-degenerativas é a diabetes mellitus (DM). A incidência e prevalência de DM vêm aumentando em várias populações, tendo se tornado uma das doenças crônicas mais prevalentes em todo o mundo.^{9,10} Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 171 milhões de pessoas no mundo são portadores de diabetes, havendo uma expectativa de duplicar essa população até o ano de 2030. Cerca de 3,2 milhões de mortes por ano são atribuídas à DM e uma em cada 10 mortes em adultos com idade entre 35 e 64 anos tem relação com esta.¹¹ A morbidade e o risco aumentado de mortalidade entre pacientes diabéticos são devidas, em grande parte, a complicações vasculares.^{4,12}

As alterações da DM associadas à HA, hipercolesterolemia, deposição central de gordura e a resistência à insulina compõem fatores de risco cardiovascular que caracterizam a Síndrome Metabólica (SM).^{13,14} Pacientes com SM têm de 1,5 a 3 vezes mais risco para doença cardiovascular aterosclerótica.^{13,15}

Dentro das doenças crônico-degenerativas que afetam a população adulta e idosa, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) acomete 80 milhões de pessoas em todo mundo e foi responsável por cerca de três milhões de mortes em 2005.¹⁶ Os custos diretos e indiretos com esta doença nos Estados Unidos da América em 2000 foi estimado em cerca de 30,4 bilhões de dólares.³¹ Pacientes portadores de DPOC apresentam alteração da função pulmonar e dispnéia, levando a intolerância ao exercício, piora do condicionamento físico e limitação nas atividades de vida diárias.¹⁷

As doenças crônico-degenerativas são responsáveis por absenteísmo ao trabalho, incapacitação por invalidez, aposentadorias precoces,^{4,18} e elevado número de hospitalizações de longa permanência.^{2,18}

No Brasil impõe-se o surgimento de um novo paradigma cultural e político que beneficiaria a saúde orgânica dos pacientes e a saúde econômica do sistema de saúde. A implantação de ações políticas na qual a reabilitação cardiovascular, pulmonar e metabólica (RCPM) seja priorizada é imprescindível para a saúde pública, sendo relevante também em termos econômicos.²¹

A terapêutica para doenças crônicas inclui modificações no estilo de vida relacionadas ao ambiente, hábitos de vida e organização da atenção à saúde.^{14,15,18-20} O tratamento não medicamentoso dessas afecções, como a realização de um plano alimentar associado ao exercício físico, são considerados terapias de primeira escolha.^{8,13-15,21-23} O tratamento das doenças crônico-degenerativas deve ter o objetivo de melhorar a qualidade de vida (QV) do paciente, visto que se tratam de doenças sem cura e que podem se tornar incapacitantes.

Diversos estudos afirmam que há uma relação inversa entre atividade física e aumento da pressão arterial. Portanto a atividade é um importante elemento não medicamentoso para o controle da HA.^{8,24}

O exercício físico regular e a dieta são medidas essenciais para o controle da glicemia e prevenção de complicações em pacientes diabéticos mesmo em vigência de tratamento medicamentoso.¹²

Com o objetivo de contribuir com essas ações não farmacológicas foi desenvolvida a Diretriz de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica²¹ que visa assegurar melhores condições físicas, psicológicas e sociais para o paciente com doenças cardiovascular, pulmonar e metabólica.²¹

A RCPM gera benefício terapêutico aos portadores de doenças cardiovasculares, como a doença coronária aterosclerótica, insuficiência cardíaca, HA e doença arterial periférica; doenças metabólicas, como a obesidade, SM, DM; DPOC; fatores de risco relevantes para as

referidas doenças, como o tabagismo, dislipidemia, intolerância à glicose, excesso de estresse, sedentarismo de longa data; e de nefropatia crônica.²¹

A prática regular de atividade física apropriada mantém a saúde e melhora a QV, proporcionando redução de custos ao sistema de saúde público. Calcula-se que para o custo de um dólar na promoção de atividade física moderada, há uma economia de 3,20 dólares nos custos médicos.²⁵

A presença da doença na vida de uma pessoa impõe mudanças e adaptações ao seu modo de vida. Além da doença, o idoso enfrenta novas condições, tais como as mudanças nos laços familiares e sociais que se somam à diminuição de suas capacidades. Frequentemente essas mudanças resultam em problemas de auto-estima e depressão.²⁶

A depressão está associada à diminuição na frequência de exercícios físicos.²⁷ No entanto, o exercício diminui a depressão e a ansiedade, além de aumentar o vigor, a auto-estima e melhorar a percepção da imagem corporal, oferecendo oportunidades de entretenimento e interação social e ajuda a melhorar o enfrentamento ao estresse da vida cotidiana. O exercício ao melhorar o estado funcional, permite manter a independência pessoal e reduzir as demandas aos serviços médicos.^{26,28}

Programas de reabilitação pulmonar resultam em melhora na habilidade de realização das atividades diárias, capacidade de realizar exercícios físicos e na QV.¹⁷

Benefícios advindos da RCPM são seguros e abrangente, melhorando a QV e proporcionando maior redução das mortalidades cardíaca e total.²¹

De acordo com a Diretriz de RCPM, esta faz parte do tratamento médico e divide-se em quatro fases.

Na fase um o paciente encontra-se internado devido a uma descompensação clínica de natureza cardiovascular, pulmonar e metabólica. Trata-se do primeiro passo em direção a uma vida ativa e produtiva. O paciente deve ser considerado compensado clinicamente para poder realizar a RCPM. Nessa fase são realizados exercícios de baixa intensidade, assim como programas de educação em relação aos fatores de risco. O objetivo nessa fase é de que o paciente tenha alta em melhores condições físicas e psicológicas possíveis.

A fase dois é a primeira etapa extra-hospitalar. Inicia-se após a alta ou alguns dias após um evento cardiovascular ou descompensação clínica. Tem duração prevista de três a seis meses. O programa deve ser individualizado, e termos de intensidade, duração, frequência, modalidade de treinamento e progressão. Devem existir recursos para correta determinação da frequência cardíaca, pressão arterial e eventual saturação de oxigênio, determinação da glicemia e monitoração eletrocardiográfica. Faz parte dessa fase um

programa educacional direcionado à modificação do estilo de vida. Nessa fase o objetivo é de que o paciente possa retornar as suas atividades sociais e laborais o mais breve possível e em melhores condições físicas e emocionais.

A fase três destina-se a atender pacientes liberados da fase dois, mas pode ser iniciada em qualquer etapa da evolução da doença. O objetivo é o aprimoramento da condição física, assim como a promoção de bem estar e melhora da QV e redução do risco de complicações clínicas. Tem duração prevista de seis a 24 meses.

A quarta e última fase do programa não tem duração definida. As atividades não são necessariamente supervisionadas, devendo ser adequadas a cada paciente. Os objetivos dessa fase são o aumento e a manutenção da aptidão física. Não há obrigatoriedade de ter sido precedida pela fase três. Os pacientes devem ser sistematicamente contatados pela equipe do programa.²¹

Todas as fases do programa objetivam uma melhora na QV dos pacientes submetidos à RCPM.

Qualidade de vida refere-se à percepção que o indivíduo tem de sua doença e de seus efeitos em relação à própria vida, incluindo sua satisfação pessoal em relação ao bem estar físico, funcional, emocional e social.^{3,29} Além disso, QV tem sido considerada um forte fator preditivo de morbidade e mortalidade na população.²⁹ A severidade, a duração da doença, e a resposta individual à terapêutica podem influenciar a QV.¹⁸

Um instrumento de avaliação de QV não deve se limitar a medir a presença e a gravidade dos sintomas de uma doença. Deve também ser capaz de mostrar como as manifestações de uma doença ou tratamento são experimentadas pelo indivíduo, valorizando aspectos da vida que geralmente não são considerados como saúde, como, por exemplo, renda familiar, autonomia e trabalho. A utilização desses instrumentos na avaliação na qualidade de vida tem sido reconhecida como importante área do conhecimento científico no campo da saúde.³⁰

O fracasso de muitos programas deve-se ao fato da não adesão por parte do paciente ao tratamento estabelecido. Ações de sucesso para a prevenção de doenças necessitam da integração de diversos fatores. Os processos acerca de saúde/doença envolvem movimentos de resistência, reestruturações e mudança de hábitos.² A promoção à saúde, por meio de ações educativas, pode gerar auto responsabilidade, adoção de um estilo de vida saudável, redução dos fatores de risco, redução dos sintomas da doença crônica e melhoria da qualidade de vida.³ Campanhas de saúde pública, com base apenas em informação e educação da população são as mais freqüentemente utilizadas, por apresentarem um caráter imediato de retorno e

serem economicamente mais viáveis. Entretanto a mudança do hábito enraizado no imaginário e nas práticas dos indivíduos e grupos demanda um processo bastante longo e com ações duradouras.² Ações de promoção de saúde articuladas em equipes multidisciplinares mostram-se fundamentais para a conscientização adequada do paciente, visando não somente o controle, como também a prevenção em grupos de risco.²⁴ Os esforços devem ser conjugados no sentido de otimizar recursos e estratégias, com participação ativa do paciente e manutenção da sua QV.¹³

Segundo dados da OMS, até 2025 o Brasil será o sexto país no mundo com maior número de pessoas idosas, o que justifica a necessidade de criação de políticas públicas que preparem a sociedade para esta realidade.³²

Devido à necessidade de incrementar políticas de saúde relacionadas à promoção à saúde e prevenção de doenças, assim como diminuir os riscos relacionados com inatividade física e dieta inadequada, a OMS lançou uma estratégia global que visa mudanças no estilo de vida. Incentivando setores públicos e privados a implantarem programas que encorajem hábitos saudáveis.³³

A RCPM pode ser um exemplo de política de promoção à saúde. Essa sendo definida como integração de intervenções para assegurar melhora na QV de pacientes com doença cardiovascular, pulmonar e metabólica,³⁴ trata-se uma modalidade segura, com uma boa relação custo-efetividade

Não basta que seja aumentada a expectativa de vida. Devemos pensar também em qualidade de vida durante a senilidade.

Com isso, o presente estudo procurou avaliar a capacidade que um programa de RCPM tem de modificar a QV de pacientes portadores de doenças crônicas.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida em pacientes participantes de um programa de reabilitação cardiovascular, pulmonar e metabólica, desenvolvido em unidades locais de saúde (ULS) do município de Florianópolis – SC, durante o ano de 2006.

Objetivos específicos

- a) Descrever o perfil dos pacientes participantes de um programa de reabilitação cardiovascular, pulmonar e metabólica no município de Florianópolis – SC;
- b) Avaliar a percepção dos pacientes em relação aos benefícios causados pela prática de atividade física;
- c) Avaliar a adesão ao programa de reabilitação cardiovascular, pulmonar e metabólica realizado nas ULS do município de Florianópolis – SC.

3 MÉTODOS

A população estimada, para Florianópolis em 2004, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 379.556 habitantes. Desde 1980 até 2004 houve um crescimento proporcional do número de idosos, representando 6,12% e 8,37% da população, respectivamente. O modelo de atenção à saúde do município de Florianópolis prioriza a atenção primária à saúde. A partir de 2005 foram implementadas ações estruturadas de prevenção e promoção à saúde através da prática de atividade física, a Atenção Integral à Saúde do Adulto, da qual fazem parte duas estratégias de promoção de atividade física: *Floripa em Forma*.

A estratégia de RCPM – Floripa em Forma está em andamento como projeto piloto desde março de 2006. Os pacientes elegíveis apresentam comorbidades como fatores de risco cardiovasculares, pneumopatia e nefropatia. Fazem parte as 05 regionais de saúde do município, totalizando seis ULS: Ingleses, Fazenda do Rio Tavares, Trindade, Barra da Lagoa, Saco dos Limões e Capoeiras. As ULS Trindade e Barra da Lagoa foram substituídas pelas ULS Prainha e Lagoa da Conceição, respectivamente, em agosto de 2006. Aproximadamente 70 usuários foram supervisionados com prática de atividade física e educação em saúde. O Floripa em Forma é uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis com o Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos da Universidade Estadual de Santa Catarina (CEFID-UDESC). A UDESC oferece assessoria técnica ao programa, bem como a contratação de fisioterapeutas bolsistas. Os demais recursos humanos, recursos materiais e equipamentos são custeados pela SMS.

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de desenho quase experimental, sendo os indivíduos avaliados antes e após o programa de treinamento.

Local

O estudo foi conduzido na atenção primária à saúde da rede pública de saúde do município de Florianópolis – SC.

Amostra

A amostra foi composta por pacientes participantes do projeto *Floripa em Forma*, nas ULS Ingleses, Fazenda Rio Tavares, Saco dos Limões e Capoeiras, totalizando 27 pacientes.

Todos os participantes convidados a participar da pesquisa foram informados do caráter da mesma e de sua finalidade. Os participantes forneceram sua concordância através de um consentimento informado (ANEXO I).

Critérios de Inclusão

- Apresentar comorbidades como fatores de risco cardiovasculares, pneumopatia e/ou nefropatia.
- Ser paciente atendido na rede de atenção primária à saúde.
- Participação por pelo menos três meses do projeto de RCPM.
- Concordância com os termos da pesquisa.

Critérios de Exclusão

- Não concordância na participação da pesquisa.
- Ter realizado menos de três meses das atividades de RCPM.

Procedimentos

O projeto seguiu as orientações da Diretriz de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica²¹ da Sociedade Brasileira de Cardiologia. As equipes multidisciplinares eram compostas por 01 médico responsável, 01 fisioterapeuta ou educador físico, 01 enfermeiro e 01 técnico de enfermagem. O médico assistente encaminhou o paciente a participar da RCPM ao médico responsável que o avaliou, prescreveu o exercício, determinou a zona limite para treinamento aeróbio e acompanhou o paciente durante a prática das atividades, atento a descompensações e intercorrências. O fisioterapeuta realizou a aplicação de questionários.

As sessões de exercícios estavam em concordância com a fase dois da Diretriz de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica²¹. Cada sessão tinha duração total de 75 minutos subdivididos em: a) 15 minutos de alongamento; b) 45 minutos de exercícios aeróbicos utilizando caminhada, com a frequência cardíaca alvo entre 60% e 80% e c) 15 minutos de alongamento e relaxamento muscular. Foram realizadas três sessões semanais.

As equipes do *Floripa em Forma* receberam treinamento específico de RCPM desenvolvido pelo CEFID-UDESC bem como curso de atendimento pré-hospitalar de

emergência. Houve padronização dos questionários e dos testes de campo para serem aplicados entre as equipes. Foi realizada educação continuada através de reuniões multidisciplinares mensais.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de questionários padronizados e pré-codificados. Os questionários utilizados para todos os pacientes foram: perfil sócio-demográfico; hábitos de vida (tabagismo e etilismo), patologias associadas (ANEXO II); qualidade de vida Nottingham Health Profile (NHP) (ANEXO III). As categorias avaliadas pelo NHP são habilidade física, nível de energia, dor, reações emocionais, isolamento social e qualidade do sono.³⁰ Após três meses de atividades, os pacientes foram reavaliados. Os pacientes participantes do projeto responderam ao questionário após o consentimento informado dos mesmos. Os questionários foram aplicados por diferentes entrevistadores, de acordo com a ULS onde foi realizado o programa de RCPM.

Análise dos Dados

A variável dependente do estudo foi considerada a qualidade de vida dos participantes.

Foram incluídas variáveis independentes referentes às características sócio-econômicas, demográficas, comportamentais, morbidades associadas e medicações em uso. Foi realizada análise destas variáveis como intuito de identificar as características dos indivíduos que participaram do programa de RCPM.

Entre as variáveis demográficas foram incluídas no estudo: sexo (masculino e feminino), idade, estado civil e etnia.

As variáveis sócio-econômicas incluídas foram escolaridade e renda familiar.

As morbidades incluídas no estudo foram: DM, HA, cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, pneumopatia, dislipidemia e outras.

O processamento de dados incluiu as etapas de digitação, limpeza e edição de dados.³⁵ A criação do banco de dados foi realizada no programa Epi Info, versão 6.0.³⁶ A análise foi realizada no programa SPSS.

As associações entre as diversas variáveis e o desfecho foram investigadas através das razões de prevalência, com cálculo dos respectivos intervalos de confiança e análise da significância estatística através do teste de qui-quadrado.

Aspectos Éticos

O *Floripa em Forma* é parte da Estratégia de Atenção à Saúde do Adulto, cujo projeto teve aprovação em reunião do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis.

Antes de iniciada a coleta dos dados, foi explicado aos pacientes o caráter voluntário da sua participação, deixando-os livres para recusarem a participar ou abandonarem o projeto no momento em que julgasse necessário, bastando comunicar ao pesquisador tal decisão.

O conteúdo das entrevistas foi armazenado de forma sigilosa, sendo que apenas os pesquisadores envolvidos tiveram acesso aos dados. A identidade dos pacientes foi omitida dos resultados, a fim de resguardar a privacidade dos pacientes.

4 RESULTADOS

Dos 71 pacientes participantes do programa de RCPM desenvolvido em parceria com a SMS de Florianópolis, 27 foram incluídos no estudo. Os demais foram excluídos por não terem realizado as atividades durante o período mínimo de três meses, necessário para a reavaliação, sendo que 5 (7,0%) não aderiram ao programa.

Desses 27 pacientes, 18 (66,7%) eram do sexo feminino (GRÁFICO 1). Entre os participantes do estudo, observou-se que a amplitude etária variou de 40 a 77 anos. A idade média dos pacientes foi de 60 anos, com desvio padrão de 14,37 anos (TABELA 1), com a seguinte distribuição entre as categorias de 40 a 50 anos (11,1%); 51 a 60 anos (18,5%); 61 a 70 (55,5%) e acima de 70 anos (11,1%), sendo que um (3,7%) paciente não informou a idade. Quanto à etnia dos pacientes, constatou-se que 26 (96,3%) eram brancos. Não foram encontradas outras etnias.

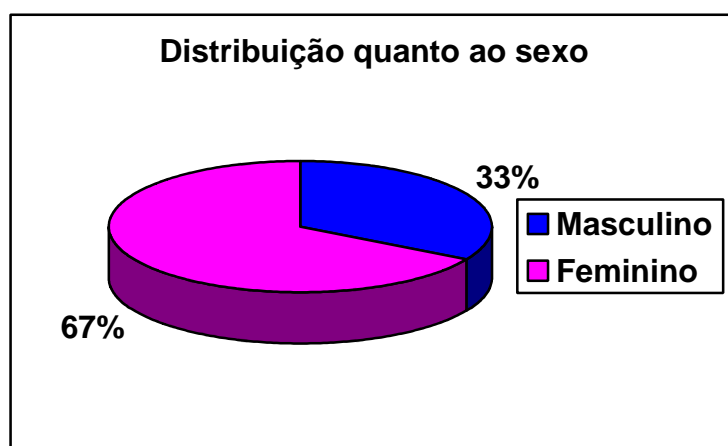


Gráfico 1: Distribuição de pacientes quanto ao sexo.

Encontrou-se 24 (88,9%) pacientes casados e 3 (11,1%) viúvos. Quanto à renda familiar, a média mensal foi de R\$ 1.190,00. Com relação à escolaridade dos 27 pacientes, aproximadamente metade dos pacientes (48,1%) apresentavam nível educacional de 4 a 8 anos de estudo, com média de 6,2 anos de estudos.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes submetidos à RCPM segundo variáveis sócio-demográficas em centros de atenção primária. Florianópolis, SC, 2006.

Variável (categorias)	(N=27)	N	%
Sexo			
Masculino		9	33,3%
Feminino		18	66,7%
		27	100,0%
Faixa Etária			
40 a 50 anos		3	11,1%
51 a 60 anos		5	18,5%
61 a 70 anos		15	55,6%
> 70 anos		3	11,1%
Ignorado		1	3,7%
		27	100,0%
Etnia			
Branca		26	96,3%
Negra		1	3,7%
		27	100,0%
Nível Educacional			
< 4 anos		6	22,2%
4 a 8 anos		13	48,1%
>8 anos		8	29,6%
		27	100,0%
Nível Sócio-Econômico			
0 a 1000 reais		11	40,7%
1001 a 1400 reais		4	14,8%
1401 a 1800 reais		5	18,5%
1801 a 3000 reais		7	25,9%
		27	100,0%
Estado Civil			
Casado		24	88,9%
Viúvo		3	11,1%
		27	100,0%

Quando comparados os pacientes do estudo com a população de Florianópolis e do Brasil, encontrou-se diferença em relação à distribuição de sexo e estado civil (TABELA 2).

Tabela 2. Distribuição de fatores sócio-demográficos população acima de 35 anos, segundo Censo 2000. Florianópolis, Brasil e população estudada, 2006.

	Estudo		Florianópolis		Brasil	
	N	%	N	%	N	%
ZONA						
urbano	27	100,0	132.378	100,0	48.635.643	83,0
rural	0	0,0	0	0,0	9 952 208	17,0
SEXO						
masculino	9	33,3	60.813	45,9	27.812.401	47,5
feminino	18	66,7	71.565	54,1	30.775.450	52,5
ESTADO CIVIL						
casado	24	88,9	81.514	61,6	35.490.631	60,6
separado	0	0,0	15.399	11,6	3.988.988	6,8
viuvo	3	11,1	12.576	9,5	6.064.614	10,4
solteiro	0	0,0	22.915	17,3	13.043.618	22,3
TOTAL	27		132.378		58.587.851	

FONTE: IBGE, 2000.

Os pacientes encontravam-se distribuídos entre as ULS da seguinte forma: 11 (40,7%) pacientes em Ingleses, 9 (33,3%) pacientes na Fazenda Rio Tavares, 6 (22,2%) no Saco dos Limões e 1 (3,7%) paciente em Capoeiras.

Dentre os pacientes estudados, a maioria negava tabagismo (63,0%), assim como etilismo (66,7%) (TABELA 3). Entre as comorbidades apresentadas pelos participantes, obteve-se HA em 17 (63,0%), DM em 13 (48,1%), cardiopatia isquêmica (CI) em 7 (25,9%), dislipidemia em 7 (25,9%), pneumopatia em 2 (7,4%) e insuficiência cardíaca (IC) em 1 (3,7%) (GRÁFICO 2). Foram encontradas outras patologias associadas, não relacionadas como fatores de riscos cardiovasculares ou pneumopatia, distribuídas entre hipotireoidismo em 2 (7,4%), arritmia cardíaca em 1 (3,7%), artrose em 2 (7,4%), litíase renal em 1 (3,7%) e câncer uterino em 1 (3,7%).

Tabela 3. Distribuição dos pacientes submetidos à RCPM segundo variáveis clínicas em centros de atenção primária. Florianópolis, SC, 2006.

Variável (categorias)	(N=27)	N	%
Tabagismo			
sim		3	11,1%
não		24	88,9%
		27	100,0%
Etilismo			
sim		2	7,4%
não		25	92,6%
		27	100,0%

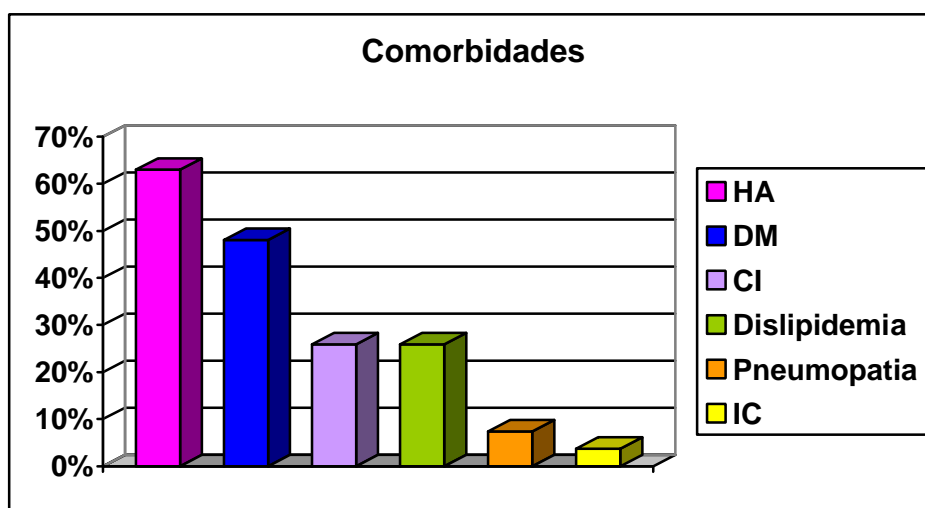


Gráfico 2: Distribuição das comorbidades fatores de risco cardiovascular e pneumopatia apresentadas pelos participantes.

Cada categoria avaliada pelo questionário de avaliação de QV relacionada à saúde foi analisada separadamente. Cada resposta “sim” no questionário recebeu um ponto. A média foi analisada em relação à soma dos escores obtidos. Foi utilizado um teste de médias pareadas t-Students, na comparação das diferenças entre os valores obtidos antes e depois do programa de RCPM (TABELA 4). As categorias que obtiveram uma melhora estatisticamente significativa foram reações emocionais e isolamento social. Quando analisada a média de todos os escores obtidos, encontrou-se uma melhora marginalmente significativa ($P=0,07$).

Tabela 4. Comparação entre as médias pareadas de qualidade de vida pré-teste e pós-teste em pacientes submetidos à RCPM. Florianópolis, 2006.

	Categoria	Média	Desvio Padrão	Intervalo de Confiança 95%		t	P*
				Inferior	Superior		
A	Dor	0,556	2,136	-0,290	1,401	1,351	0,188
B	Energia	0,185	1,075	-0,240	0,611	0,895	0,379
C	Reações Emocionais	1,407	1,947	0,637	2,177	3,757	0,001
D	Sono	0,000	1,414	-0,559	0,559	0,000	1,000
E	Isolamento Social	0,556	1,188	0,086	1,025	2,431	0,022
F	Mobilidade Física	-0,037	1,224	-0,521	0,447	-0,157	0,876
G	Relações Sociais	0,111	2,455	-0,860	1,082	0,235	0,816
	Geral	2,778	7,827	-0,318	5,874	1,844	0,077

*p - teste t-Students de médias pareadas

Dos 27 pacientes, 18 (66,7%) pacientes tiveram melhora na QV, apresentando escores mais baixo na segunda avaliação (TABELA 5). Dois (7,4%) pacientes mantiveram-se igual e 7 (25,9%) tiveram piora nos escores obtidos.

Tabela 5. Prevalência de alteração na qualidade de vida de pacientes submetidos à RCPM em centros de atenção primária. Florianópolis, SC, 2006.

Variável / Categorias	N	Prevalência %	IC 95% %
Qualidade de Vida			
Melhora	18	66,7	46,0 - 83,5
Igual	2	7,4	0,9 - 24,3
Piora	7	25,9	11,1 - 46,3

Quando analisadas as variáveis sócio-demográficas em relação à melhora na QV dos pacientes submetidos à RCPM, obteve-se diferença estatisticamente significativa somente

entre pacientes com nível educacional diferente (TABELA 6). As demais características não mostraram diferença estatística em relação à melhora na QV.

Ao analisar as variáveis clínicas e a importância das mesmas em relação à melhora na QV dos pacientes estudados, não houve diferença significativa entre as variáveis (TABELA 7).

Tabela 6. Associação entre melhora na qualidade de vida com fatores sócio-demográficos de pacientes submetidos à RCPM em centros de atenção primária. Florianópolis, SC, 2006.

Variável / Categorias	Melhora na Qualidade de Vida				Total		OR _{bruta} (IC 95%)		p*
	sim		não						
	N	%	N	%	N	%			
Sexo									
Masculino	7	25,93	2	7,41	9	33,3%		1,00	
Feminino	12	44,44	6	22,22	18	66,7%	1,75	(0,27-11,15)	0,551
Faixa Etária (N=26)									
40 a 50 anos	3	11,11	0	0,0	3	11,1%		1,00	-
51 a 60 anos	5	18,52	0	0,0	5	18,5%	---	-----	-
61 a 70 anos	9	33,33	6	40,0	15	55,6%	---	-----	-
> 70 anos	2	7,41	1	33,0	3	11,1%	---	-----	-
Etnia									
Branca	19	70,37	7	25,93	26	96,3%		1,00	-
Negra	0	0,00	1	3,70	1	3,7%	---	-----	0,116
Estado Civil									
Casado	17	62,96	7	25,93	24	88,9%		1,00	-
Viúvo	2	7,41	1	3,70	3	11,1%	1,21	(0,09-15,65)	0,880
Nível Educacional									
< 4 anos	2	7,41	4	14,81	6	22,2%		1,00	-
4 a 8 anos	10	37,04	3	11,11	13	48,1%	0,15	(0,01-1,80)	0,067
>8 anos	7	25,93	1	3,70	8	29,6%	0,07 0,11	(0,00-1,57) (0,01-0,73)	0,036 0,020
Nível Sócio- Econômico									
0 a 1000 reais	7	25,93	4	14,81	11	40,7%		1,00	
1001 a 1400 reais	1	3,70	3	11,11	4	14,8%	5,25	(0,28-190,80)	0,184
1401 a 1800 reais	4	14,81	1	3,70	5	18,5%	0,44	(0,01-7,89)	0,512
1801 a 3000 reais	7	25,93	0	0,00	7	25,9%	0,00 0,65	(0,00-2,35) (0,13-2,93)	0,070 0,752

Resultado da análise univariada

*p – qui-quadrado

Tabela 7. Associação entre melhora na qualidade de vida com variáveis clínicas de pacientes submetidos à RCPM em centros de atenção primária. Florianópolis, SC, 2006.

Variável / Categorias	Melhora na Qualidade de Vida				Total		OR _{bruta} (IC 95%)	p*
	sim		não					
	N	%	N	%	N	%		
Tabagismo								
sim	3	11,11	0	0,00	3	11,1	1,00	0,233
não	16	59,26	8	29,63	24	88,9	---	
Etilismo								
sim	2	7,41	0	0,00	2	7,4	1,00	0,340
não	17	62,96	8	29,63	25	92,6	---	

Resultado da análise univariada

*p - qui quadrado

5 DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como objetivo analisar as modificações na QV de pacientes portadores de fatores de risco cardiovascular, pneumopatia e/ou nefropatia, visando avaliar os efeitos da RCPM. Assim como delinear o perfil sócio-demográfico dos pacientes participantes de um projeto de RCPM e atendidos em ULS do município de Florianópolis-SC.

Esse estudo apresenta algumas limitações, principalmente por tratar-se de um projeto piloto. Dentre elas, está o fato de que para o delineamento da amostra selecionada não houve aleatorização, podendo gerar um viés de seleção. Outro possível viés apresentado é em relação à coleta dos dados, pois não foi realizado um treinamento com os entrevistadores, assim como os questionários não foram testados previamente em outra amostra. A validade externa da amostra pode ser limitada, uma vez que as características dessa população podem ser diferentes de outras populações.

Para amenizar os erros, os pacientes não foram informados sobre os objetivos do estudo, uma vez que estas informações poderiam levar a um erro sistemático de interferência em suas condutas pelo fato de estarem sendo estudados.

Os resultados encontrados na pesquisa realizada podem ser divididos em dois grupos. O primeiro referente a dados objetivos: sexo, idade, etnia, estado civil, renda familiar e escolaridade. A segunda parte dos resultados é o objetivo geral do trabalho, referente às percepções de cada paciente no que diz respeito às alterações na QV após a participação em um grupo de RCPM.

No ano de 2006, 71 pacientes foram submetidos à RCPM desenvolvida em ULS de Florianópolis. Desse total, apenas 27 pacientes foram incluídos no estudo. Os demais não preencheram os critérios de inclusão estabelecidos. O programa *Floripa em Forma* não iniciou ao mesmo tempo em todas as ULS envolvidas. Este programa não se trata de um grupo fechado, sendo possível que sejam iniciadas as atividades por parte dos pacientes em diferentes períodos. Os pacientes participantes iniciaram as atividades em datas diferentes. Sendo assim, alguns não completaram os três meses mínimos estabelecido para a reavaliação. Dos 71 pacientes participantes do programa *Floripa em Forma*, 5 (7,0%) não aderiram ao programa, desistindo das atividades físicas propostas antes de completar três meses, sendo que 3 (4,2%) por motivo de outras comorbidades adquiridas.

Um dos principais desafios em saúde pública é estabelecer políticas efetivas para tratamento e prevenção em massa.

Osawa e Caromano (2002)³⁷ ao analisar a adesão a um programa de atividade física, encontraram um alto índice de abandono da prática desta em pacientes hipertensos e diabéticos. Porém, a mudança do estilo de vida das pessoas que aderiram ao programa justifica os investimentos na educação em saúde.

Vieira e Castiel (2003)² encontraram 18% de taxa de abandono de pacientes participantes de grupos de aconselhamento.

Segundo as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2004)⁸, ações em equipe são de fundamental importância na obtenção da motivação dos pacientes a fim de que estes possam tomar medidas efetivas e permanentes para a prevenção e controle de HA.

Fatores constitucionais (idade, sexo, fatores genéticos) e fatores ambientais (álcool, tabagismo, estresse e sedentarismo) contribuem para o desenvolvimento de fatores de risco cardiovascular.¹³

Considerou-se a distribuição de fatores sócio-demográficos homogênea entre o município de Florianópolis, Brasil e a população em estudo, exceto para o sexo feminino aumentado na população em estudo. Isto se deve provavelmente ao fato de que, como a média de idade da população em estudo foi maior do que normalmente ocorre nos outros dois grupos, acaba por concentrar maior número de indivíduos do sexo feminino. Outro fator que contribui para maior número de mulheres é o acesso ao serviço de saúde ser maior às mulheres por apresentarem maior disponibilidade de tempo, uma vez que em nossa população ainda há uma parcela significativa de mulheres desempregadas ou com afazeres domésticos.

Embora geralmente os homens tenham mais chances de desenvolver HA, observa-se que até 40 anos os homens são mais atingidos e após essa idade são as mulheres as mais acometidas, devido à perda da proteção hormonal com a chegada da menopausa.³⁸

A idade média encontrada foi de 60 anos. Essa faixa etária é considerada como fator de risco cardiovascular. Além de se estabelecer tratamento para pacientes com fator de risco elevado, devem-se realizar programas de prevenção com participantes mais jovens, uma vez que as comorbidades têm início mais precocemente.⁸

Constatou-se predomínio de pacientes da raça branca (96,3%). Assim como é realizado pelos censos populacionais, os próprios pacientes definiram sua etnia, a fim de manter a homogeneidade dos dados. Este resultado deve-se, provavelmente, às características regionais da população. Vários autores indicam o predomínio de HA entre negros, justificada em fatores genéticos e hereditários. O Brasil carece de estudos neste aspecto, pois a composição racial dos brasileiros é muito heterogênea.¹⁸

A maioria dos participantes do estudo era casada. Reis e Glashan (2001)¹⁸ não encontraram diferença estatisticamente significativa com relação à percepção de doença entre pacientes que possuíam companheiros ou não.

Segundo Lolio (1993) existe pouca relação entre escolaridade e HA, porém Cesarino (2000) observou prevalência de indivíduos com ensino fundamental incompleto²⁴, assim como a população encontrada no presente estudo. A predominância de baixa escolaridade assume relevância quando se considera a abordagem a estes pacientes, que deve ser em linguagem simples e compatível com o grau de entendimento.

Assim como idade superior a 60 anos, o hábito de tabagismo e a presença de DM também constituem fatores de risco maior para lesão de órgãos alvo em pacientes hipertensos.^{8,21} No presente estudo foram encontrados 3 (11,1%) pacientes tabagistas e 7 (25,9%) ex-tabagistas. Uma das metas da OMS é promover mudanças no estilo de vida como a cessação do fumo.³³ De acordo com a Diretriz de reabilitação cardiopulmonar e metabólica deve-se orientar os pacientes com relação a importância de hábitos saudáveis de vida.²¹

Com relação às patologias apresentadas pelos participantes, foi encontrada prevalência de HA e DM, em concordância com estimativas da OMS¹¹ e do Ministério da Saúde (MS)¹⁹. Essas patologias são as principais causas de morte no Brasil e encontram-se frequentemente associadas.³⁹

Ao analisar os fatores sócio-demográficos encontrados no presente estudo, obteve-se significância estatística somente entre níveis educacionais diferentes. Na amostra estudada os resultados em relação à percepção na melhora de QV não diferem quando analisados pelas variáveis sexo, faixa etária, etnia, estado civil e nível sócio-econômico.

A segunda parte dos resultados é referente à percepção de cada paciente com relação à sua QV. A OMS define saúde como o bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença; e QV como a percepção pessoal de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Podendo ser afetada pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e aspectos ambientais.⁴⁰

Diferentes instrumentos para medir a QV vêm sendo utilizados em pacientes portadores de enfermidades crônico-degenerativas. O método escolhido no presente trabalho foi o NHP, por se tratar de um instrumento genérico de avaliação que foi desenvolvido originalmente para avaliar a QV em pacientes portadores de doenças crônicas. O NHP é baseado na classificação de incapacidade descrita pela OMS. Trata-se de um questionário que pode ser auto administrado e que usa uma linguagem de fácil interpretação. O NHP fornece

uma medida simples da saúde física, social e emocional do indivíduo. É sensível para discriminar indivíduos saudáveis de pacientes com sintomas de fadiga. Tem sido utilizado para a avaliação da QV em idosos. No entanto, possui algumas limitações por apresentar uma escala fácil e por não dividir os pacientes em níveis diferenciados de QV. Uma alternativa para minimizar essas limitações seria a associação com uma entrevista semi-estruturada. As entrevistas devem ser transcritas e analisadas, utilizando procedimentos internacionalmente reconhecidos e métodos atuais que envolvam análise qualitativa.³⁰

O principal foco do tratamento em pacientes com doenças crônicas deve ser a manutenção da QV. Vários autores mostram melhora significativa na avaliação de QV relacionada à saúde.

Zanchet, Viegas e Lima (2005)¹⁷ constataram efetiva melhora na QV de 27 pacientes com DPOC submetidos a um programa de reabilitação pulmonar por um período de seis semanas.

Duarte, Mojaiber e Perez (2003),²⁶ em um estudo sobre benefícios incorporados ao exercício em pacientes idosas, onde analisaram 75 pacientes submetidas a cinco semanas de exercício físico, encontraram melhora nas percepções dos aspectos físicos, psicológicos e relações sociais.

Jarast, Alurralde e Wollman (1995)⁴¹ ao analisarem 30 pacientes portadores de fatores de risco cardiovascular e submetidos a duas sessões semanais de exercício supervisionado por um período de nove meses, encontraram evidências de que o exercício contribui significativamente para a melhora na avaliação da QV dos pacientes.

Benetti et al. (2001)⁴² ao realizar um estudo que analisou diferentes tipos de tratamentos em pacientes coronarianos acometidos de infarto agudo do miocárdio, encontraram uma melhora na QV significativamente maior em pacientes que foram submetidos a tratamento clínico associado a um programa de reabilitação cardíaca com exercícios supervisionados, quando comparados a pacientes com tratamento clínico e atividade física espontânea ou apenas tratamento clínico. Houve uma melhor percepção de bem estar geral, físico, social e emocional.

Macedo et al. (2003)⁴³ avaliaram 69 pacientes participantes de um programa de atividade física, encontrando melhora estatisticamente significativa na capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e emocionais e saúde mental dos mesmos.

Troosters, Gosselink e Decramer (2000)⁴⁴ em um estudo com 100 pacientes com DPOC submetidos a programa de reabilitação pulmonar de seis meses, mostraram melhora quanto a QV, tanto após o termino do programa quanto nos doze meses subseqüentes.

O presente trabalho procurou mostrar as variações na QV relacionada à saúde e o impacto do programa de RCPM na vida dos pacientes com fatores de risco cardiovascular e pneumopatias. Analisando as diferentes categorias avaliadas pelo NHP, houve melhora em quase todas as categorias, porém, estatisticamente significante somente nos domínios reações emocionais e isolamento social ($P < 0,05$). Não houve diferença quando analisado o domínio sono, concordando com o estudo de Zanchet, Viegas e Lima⁴⁵ que analisaram 27 pacientes portadores de DPOC submetidos à reabilitação pulmonar.

Houve melhora marginalmente significativa quando analisadas as médias obtidas entre a soma de todos os escores, com $P = 0,077$. Possivelmente com um tamanho amostral maior, os resultados apresentariam uma significância estatística.

6 CONCLUSÕES

Com o presente estudo podemos concluir que:

1. O programa de RCPM teve impacto positivo na melhora de QV de pacientes com doenças crônico-degenerativas, marginalmente significativa. Possivelmente com um tamanho amostral maior a análise estatística resultasse em significância estatística.
2. A população estudada apresenta-se com média renda familiar e médio grau de educação formal. Houve um predomínio do gênero feminino e da etnia branca. Os indivíduos, em sua maioria, são casados.
3. A taxa de não adesão ao programa de RCPM foi baixa, demonstrando o sucesso e a importância de políticas de saúde voltadas à prevenção de doença e promoção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Barreto ML, Carmo EH. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In monteiro CA, organizador. Velhos e novos males saúde no Brasil: evolução do país e suas doenças. São Paulo. Hucitec: Núcleo de pesquisas epidemiológicas em nutrição e saúde, Universidade de São Paulo. 2000;17-30
2. Vieira VA, Castiel LD. Hipertensão arterial em idosos atendidos em grupo de aconselhamento. Comentários a partir de um grupo de estudo descritivo preliminar. Psicol Ciênc Prof. 2003;23(2):76-83.
3. Solla JJSP, Franco LJ, Campos GP, Machado CA, Lessa I.. O enfoque das políticas do SUS para a promoção da saúde e prevenção das DCNT: do passado ao futuro. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(4):945-56.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Rev Saúde Pública. 2001;35(6):585-88.
5. Carvalho JAC. Hipertensão arterial. MEDlife. 2004 [acesso em 2006 Oct 06]. Disponível em: <http://www.members.tripod.com/medlife-ua/cardiologia.html>
6. Fuchs FD, Gus M, Zaslowsky R, Cruz MS. Pressão arterial e risco cardiovascular: a evidencia definitiva. Hipertensão. 2003;6(2):58-60.
7. Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. Rev Bras hipertens. 2001;8:383-92.
8. IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial, 2002 . Arq Bras Cardiol. 2004;82 Supl IV:1-14.
9. Berenson GS, Bao W, Srinivasan SSR. Abnormal characteristics in young offspring of parents whith non-insulin-dependent diabetes mellitus. Am J Epidemiol. 1996;144:962-69.
10. The diabetes epidemiology research international study. International analysis of insulin diabetes mellitus mortality: a preventable mortality perspective. Am J Epidemiol. 1995;142:612-20.
11. WHO. Diabetes action now: an initiative of the world health organizacion and the international diabetes federation. World Health Organizacion, International Diabetes Federation. 2004.
12. Araújo RB, Santos I, Cavaleti MA, Costa JSD, Béria JU. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. Rev Saúde Pública. 1999;33(1):24-32.
13. Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arq Bras Cardiol. 2005;84 Supl I:1-28.
14. Ciolac EG, Guimarães GV. Exercício físico e síndrome metabólica. Rev Bras Med Esporte. 2004;10(4):319-24.

15. Geloneze B. Síndrome metabólica: mito ou realidade? Arq Bras Endocrinol Metab. 2006;50(3):409-11.
16. WHO. Chronic obstructive pulmonary diseases: stop the global epidemic of chronic disease. [acesso em 2006 Set 27]. Disponível em: <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>
17. Zanchet RC, Viegas CAA, Lima T. A eficácia da reabilitação pulmonar na capacidade de exercício, força da musculatura inspiratória e qualidade de vida de portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. J Bras Pneumol. 2005;31(2):118-24.
18. Reis MG, Glashan RQ. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. Rev Latino-am Enfermagem. 2001;9(3):51-7.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.
20. Periago MR. Longevity and the quality of life: a new challenge for public health in the Américas. Pan Am J Public Health. 2005;17(5/6):297-98
21. Diretriz de reabilitação cardiopulmonar e metabólica: aspectos práticos e responsabilidades. Arq Bras Cardiol. 2006;86(1):74-82.
22. Silva JLT, Guedes DP, Barbosa DS, Oliveira A, Guedes JERP. Obesidade centrípeta e disfunções metabólicas: patogenia, mensuração e papel profilático do exercício físico. Semina Cienc Biol Saúde. 2002;23:49-66.
23. Negrão CE, Rondon MUPB. Exercício físico, hipertensão e controle barorreflexo da pressão arterial. Rev Bras Hipertens. 2001;8(1):89-95.
24. Monteiro PC, Santos FS, Fornazari PA, Cesarino CB. Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. Arq Cienc Saúde. 2005;12(2):73-9.
25. WHO. Active ageing. A policy framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madri. 2002.
26. Duarte RB, Mojaiber RB, Perez LCC. Benefícios percebidos por adultos mayores incorporados al ejercicio. Rev Cubana Méd Gen Integr. 2003;19(2).
27. Licinio J, Wong ML. The interface of obesity and depression: risk factors for metabolic syndrome. Rev Bras Psiquiatr. 2003;25(4):196-7.
28. Sanchez P. Benefícios percibidos y adherencia a un programa de actividad física gerontologica. Educacion Física y Deportes. Revista digital: <http://www.efdeportes.com> 2002;8(52).

29. Goulart FRP, Barbosa CM, Silva CM, Salmela LFT, Cardoso F. O impacto de um programa de atividade física na qualidade de vida de pacientes com doença de parkinson. Rev Bras Fisioter. 2005;9(1):49-55.
30. Salmela LFT, Magalhães LC, Souza AC, Lima MC, Lima RCM, Goulart F. Cad Saúde Pública. 2004;20(4):905-14.
31. National Heart, Lung and Blood Institute. Chronic obstructive pulmonary disease. Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health: 2001. Disponível em: http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/lung/other/copd_fact.htm#intro
32. Brasil. Portal da saúde, Ministério da Saúde. [acesso em 2006 Oct 20]. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/saúde/area/cfm?Id_area=153
33. Waxman A. WHO global strategy on diet, physical activity and health. Food Nutr Bull. 2004;25(3):292-302.
34. WHO. Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries. Report of WHO expert committee. 1993.
35. Barros FC, Victora CG. Epidemiologia da saúde infantil: um manual para diagnósticos comunitários. São Paulo: Hucitec-UNICEF, 2 ed. 1994, p. 1-177.
36. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi Info, Version 6: a Word Processing Database, and Statistics Program for Epidemiology on Microcomputers. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. 1996.
37. Osawa FH, Caromano FA. Avaliação da adesão a um programa de atividade física por portadores de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial. Arq Ciências Saúde. 2002;6(3):127-30.
38. Rocha R, Porto M, Morelli MYG, Maestá N, Waib PH, Burini RC. Efeito do estresse ambiental sobre a pressão arterial de trabalhadores. Rev Saúde Pública. 2002;36(5):568-75.
39. Rezende EM, Sampaio IBM, Ishitani LH. Causas múltiplas de morte por doenças crônico-degenerativas: uma análise multidimensional. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1223-31.
40. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100). Rev Saúde Pública. 1999;33(2):198-205.
41. Jarast JO, Alurralde JM, Wollman C. Un programa médico deportivo como eje de prevención cardiovascular primaria y secundaria destinado a la mejoría de la calidad de vida. Rev Argent Méd Deporte. 1995;17(58):108-24.
42. Benetti M, Nahas MV, Rebelo FPV, Lemos LS, Carvalho T. Alterações na qualidade de vida em coronariopatas acometidos de infarto agudo do miocárdio, submetidos a diferentes tipos de tratamentos. Rev Bras Ativ Fis Saúde. 2001;6(3):27-33.

43. Macedo CSG, Garavello JJ, Oku EC, Miyagusuku FH, Agnoll PD, Nocetti PM. Benefícios do exercício físico para a qualidade de vida. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2003;8(2):19-27.
44. Trooters T, Gosselink R, Decramer M. Short and long-term effects of outpatient rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. *Am J Med*. 2000;109(3):207-12.
45. Zanchet RC, Viegas CAA, Lima TSM. Influência da reabilitação pulmonar sobre o padrão de sono de pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. *J Bras Pneumol*. 2004;30(5):439-44.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de novembro de 2005.

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO:

Eu, _____, declaro estar ciente do caráter e do propósito da pesquisa realizada pela acadêmica Maria Eduarda de C. B. Vallim, do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, e a autorizo a utilizar as informações por mim fornecidas através de entrevista, assim como dados coletados por exame físico, salvo os dados de identificação pessoal, com o propósito exclusivo de pesquisa médica.

Assinatura

ANEXO II

QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

ULS: _____

ULS _

IDENTIFICAÇÃO

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. N.º QUESTIONÁRIO: _____ (deixar em branco) | Nques _ _ _ |
| 2. Nome: | |
| 3. Telefone: _____ | |
| 4. Data inclusão programa? | Dataprogram _____/_____/_____ |
| 5. Idade: | Idade _ _ |
| 6. Sexo: _____ (M)asculino (F)Feminino | Sexo _ |
| 7. Raça ¹ : _____ (1)branca (2)negra (3)parda (4)caucasiana (5)indígena | Raça _ |
| 8. Estado civil: _____ (1)casado (2)juntado (3)solteiro (4)separado (5)viúvo | Ecivil _ |
| 9. Quantos anos estudou?: _____ | Anestudo _ _ |
| 10. No mês passado, quanto ganharam as pessoas que trabalham ² ? | Renda1 _ _ _ _ _ , _ _ |
| 1ª pessoa: R\$ _____ (por mês) | Renda2 _ _ _ _ _ , _ _ |
| 2ª pessoa: R\$ _____ (por mês) | Renda3 _ _ _ _ _ , _ _ |
| 3ª pessoa: R\$ _____ (por mês) | Renda4 _ _ _ _ _ , _ _ |
| 4ª pessoa: R\$ _____ (por mês) | Renda5 _ _ _ _ _ , _ _ |
| A família tem outra renda? R\$ _____ (por mês) | Renda6 _ _ _ _ _ , _ _ |

DADOS CLÍNICOS

- | | |
|--|--------------------|
| 11. Você fuma atualmente? _____ (1) Sim (2) Não, nunca (3) Não, já fumei | Fuma _ |
| 12. Bebida de álcool atualmente? _____ (1) Sim (2) Não, nunca (3) Não, já bebi | Bebe _ |
| 13. Patologias Associadas(1)? _____ tempo (1) _____ (anos) | Pat1 _ tempat1 _ _ |
| Patologias Associadas(2)? _____ tempo (2) _____ (anos) | Pat2 _ tempat2 _ _ |
| Patologias Associadas(3)? _____ tempo (3) _____ (anos) | Pat3 _ tempat3 _ _ |
| Patologias Associadas(4)? _____ tempo (4) _____ (anos) | Pat4 _ tempat4 _ _ |
| 14. Quais remédios usou diariamente no último mês? | |
| Remédios: | RemA1 _ |
| | RemA2 _ |
| | RemA3 _ |
| | RemA4 _ |
| | RemA5 _ |

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

- | | |
|---------------------------------|------------------|
| 15. Altura _____ cm | |
| 16. Peso _____ kg | |
| 17. Índice C/Q _____ | alt _ _ _ |
| responsável questionário: _____ | peso _ _ _ |
| | Índice C/Q _ _ _ |

¹ classificação adaptada do IBGE (BRASIL, 2000, p. 46).

² modelo de abordagem proposta por BARROS, 1994, p. 45

ANEXO III

NOTTHINGAN HEALTH PROFILE

Questionário Geral

Paciente:

Avaliador :

Data :

Parte 1: Assinale SIM ou NÃO de acordo com sua situação, em relação a cada uma das seguintes questões

DOR

A

Sinto dor quando subo ou desço escadas ou degraus.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Sinto dor quando estou parado.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Sinto dor quando mudo de posição.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Sinto dor quando estou sentado.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Sinto dor à noite.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Sinto uma dor insuportável.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Sinto dor constantemente.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

ENERGIA

B

Logo a minha energia se perde.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Tudo é difícil.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Fico cansado todo o tempo.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

REAÇÕES EMOCIONAIS

C

Os dias parecem se arrastar.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Eu me sinto ansioso(a) e nervoso(a).	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Eu tenho esquecido como é sentir prazer comigo mesmo(a) (sentir-me confortável).	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Eu tenho perdido o equilíbrio emocional, tenho me desequilibrado nesses dias.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Tenho me sentido descontente ou desapontado.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Tenho acordado deprimido.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
A preocupação tem me mantido acordado(a) à noite.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Não sinto valor na vida.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

SONO

D

Tenho me acordado de madrugada.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Tenho custado a dormir.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Durmo mal a noite.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Fico deitado, porém acordado a maior parte da noite.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

ISOLAMENTO SOCIAL

E

Sinto dificuldade em estar com outras pessoas.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Acho difícil manter contato com outras pessoas.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Não me sinto próximo a ninguém.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Sinto-me sozinho.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Sinto-me como uma carga para os outros.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

MOBILIDADE FÍSICA

F

Sinto dificuldade em alcançar ou pegar coisas.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Sinto dificuldade em me abaixar ou me inclinar.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Sinto dificuldade em subir ou descer escadas ou degraus.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Sinto dificuldade em permanecer de pé por algum tempo (Ex.: esperando ônibus).	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Só consigo andar em casa.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Sinto dificuldade em me vestir.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Necessito de ajuda para andar fora de casa.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

Parte 2: Assinale SIM ou NÃO se sua doença causa dificuldade ou prejuízo nas seguintes situações :

G

Desempenho no trabalho.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Cuidar da casa.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Vida social.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Relacionamento com os familiares em casa.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Vida sexual.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Desfrutar de seus passatempos preferidos ou hobbies.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Capacidade de desfrutar férias ou feriados.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO